

原 著

## 少子化対策と不妊治療費助成制度 地方自治体における制度の実施状況を考察して

仙 波 由加里\*

### 要 旨

ここ数年、少子化対策の一環として、日本の厚生労働省や地方自治体では、不妊患者の不妊治療に伴う経済的負担を軽減する対策を検討する動きが見られる。一部の地方自治体においては、すでに不妊治療を受けている者を対象に、助成金や補助金を支給する制度を実施しはじめているが、不妊治療費助成制度の全国的な実施状況を報告する資料はみられない。

そこで本研究では、不妊治療を受けている者を対象に、助成金や補助金を支給する制度を設けている日本全国の地方自治体を探し出し、その実施状況を調査した。その結果、2003年2月の時点で、少なくとも8市13町5村の計26の地方自治体がこのような制度を実施しており、2003年4月以降にはさらに3つの地方自治体が制度を導入する予定であることがわかった。まず、助成金制度を実施している地域に目を向けると、長野県が6ヵ所、石川県が3ヵ所、富山県が3ヵ所、新潟県1ヵ所というように、特に甲信越、北陸地域において、このような制度を実施する自治体が多いということがわかった。また、各地方自治体における不妊治療助成金制度の内容をみると、助成の対象に、その土地での居住年数や婚姻してからの期間に条件を設けたり、子どもがいない夫婦のみを対象にしている自治体が少なくなかった。助成額については、年間70万円まで助成する自治体から、1万5000円の助成に留まる自治体まであり、地域によって大きな格差がみられた。そして、助成金制度の利用状況をみると、市規模では一定の利用数がみられるが、町や村のように自治体の規模が小さくなると、そのほとんどが年平均2、3組の夫婦の利用に留まり、まったく利用されていない自治体もあった。そして、これらすべての地方自治体が、このような助成金制度を少子化対策の一環に位置付けて実施している点が特徴的であった。

**キーワード：**不妊治療費助成制度、地方自治体、少子化対策

### 1. 問題提起

今日、日本では出生率が極端に低下し、少子化が急速に進行しつつある。出生率の低下は人口の高齢化にも影響し、このまま低出生率が続

けば、現在の年金や医療を含む社会福祉システムの維持が困難になると予測されている。また、少子化によって日本の経済や社会活力が低下することも懸念され、こうした事態を避けるためにも、近年、厚生労働省や多くの地方自治体が、

\*早稲田大学大学院人間科学研究科博士後期課程（現所属：早稲田大学人間総合研究センター）

出生率の低下に歯止めをかけ、出生回復をめざして、少子化対策に力をいれるようになってきた。

これまでの少子化対策では、主に子育て支援や育児環境の充実、雇用環境の改善、男女共同参画の推進などを中心に、子どもを産みたい人が産めるようにするための環境整備に力をいれて実行してきた。そして、この数年来、少子化対策の一環として不妊治療支援も注目されるようになってきている。日本産科婦人科学会の報告によれば、1999年の体外受精と顕微授精をあわせた高度生殖補助技術による出生児の総数は11,929人であった（中野2001）。人口動態統計によれば、同年に誕生した子どもの総数は1,177,663人（国立社会保障人口問題研究所2002：65頁）であったから、1999年には、日本で誕生した新生児の約100人に1人が体外受精か顕微授精という高度生殖補助技術によって生まれたことになる。また、体外受精と顕微授精について、その治療総回数を示す治療周期総数をみても、1992年には16,521周期（友田1994）であったが、その後増加の一途をたどり、1999年には69,050周期（中野2001）と1992年の4倍以上にも達している。現在、排卵誘発剤を使用する薬物治療や人工授精によって生まれた子どもの数や治療周期数などは把握されていないが、体外受精や顕微授精による出生児数の増加や、その総治療回数の増加を鑑みれば、薬物治療や人工授精を含む不妊治療全体の実施件数についても増加している可能性が高いと推測される。

このようなデータから、不妊治療の需要が増加していることは明らかだが、不妊治療は不妊症当事者に、身体面、精神面に加え、経済面においても多大な負担をもたらすと言われ、経済的な理由から不妊治療を断念せざるをえない人も出てきている<sup>1</sup>。専門家の中には、少子化対策に関連づけて不妊治療支援の必要性を主張する者もいる（坂元1999、高山2000、都竹2000）。厚生労働省や一部の地方自治体ではこの点に着目し、少子化打開の一策として、現在不妊治療

への経済的支援を検討している。行政側のねらいは、不妊当事者の妊娠・出産の機会を増加させ、それに伴い出生数を引き上げることにある。すなわち、不妊治療の経済的負担の軽減をはかり、子どもを望みながらも不妊治療を受けなければ妊娠・出産できない不妊当事者に不妊治療を受けやすい環境を提供し、不妊治療による出生数の増加を見込んでいるのである。

2002年6月には、内閣総理大臣が少子化対策の強化を表明した。これを受けて、翌月7月に厚生労働大臣が「厚生労働省の来年度予算の中心は少子化対策」であると発表した。これと同時に、少子化対策の観点から不妊治療に対しても公的支援を行う意向を述べた。その発言の中で、「不妊治療を受けている人が増えているのは事実で、この問題を放置できない。少子化対策の中に位置付けないといけない」と語っている<sup>2</sup>。

現在、厚生労働省が不妊治療への経済的支援策として検討しているのは、主に次の3点である。

#### ①不妊治療への保険適用

#### ②不妊治療に対し助成金・補助金を支給する制度の実施

#### ③現在の出産一時金のような現金支給

2002年にはいつて、厚生労働大臣はしばしば不妊治療への財政的支援についての発言を繰り返しているが<sup>3</sup>、③の出産一時金形式については、2002年11月22日の厚生労働委員会の中で、不妊治療によって出産に至った人にも現金が支給されるという点への問題が1議員より指摘され、大臣自ら、一時金形式を採用する可能性が低いことを示唆している<sup>4</sup>。したがって、現在厚生労働省では、①の保険適用か、②の助成金・補助金制度の実施のいずれかを採用すべく検討をすすめている。

国での検討に先駆け、いくつかの地方自治体ではすでに少子化対策の一環として不妊治療に助成金や補助金の給付制度を実施し、不妊当事者に経済的支援を行っているところがある。このような地方自治体における不妊治療への助成

金制度の内容や実施状況を把握することは、今後不妊治療費の経済的負担軽減策の検討や、少子化対策と不妊治療支援を考える際の、重要な判断材料になると思われる。

日本ではこれまで、社会一般の不妊への関心はきわめて低く、少子化という問題が注目されるようになってはじめて不妊支援にも関心が持たれるようになってきた。したがって、不妊治療支援に関する全国的な調査などの先行研究もほとんどみられない。不妊治療費に助成金を支給している地方自治体があるということです、あまり一般には知られていないのが現状である。

そこで本研究では、少子化対策と不妊治療支援の問題を検討する際のひとつの材料を提示することを目的とし、不妊治療の助成金・補助金制度に焦点をあわせ、全国的な調査を試みた。調査では、インターネットによる検索や地方自治体への問い合わせを主な手段として情報収集し、地方自治体における不妊治療の助成金・補助金制度の実態を整理、考察した。これを踏まえ、この制度における問題点や課題を提示し、不妊治療費への助成や補助制度がはたして出生回復に大きく貢献するのかという点についても検討した。そして、最後に少子化対策として不妊治療費助成制度を実施することについての一考を述べる。

## 2. 不妊治療費に助成金・補助金を給付している地方自治体調査の概要

### (1) 調査方法

少子化対策の中で不妊治療に注目し、不妊治療を支援するために助成金を給付している全国の地方自治体について、次のような方法をもって調査した。まずインターネットで「不妊治療と助成金」、「不妊治療と補助金」をキーワードに、不妊治療に助成金や補助金を給付している地方自治体を検索し、その自治体の担当部署の担当者に電話で問い合わせ、詳細についての情報を入手した。

次に、不妊当事者によって開設されている多

くのホームページの書き込み欄を、ひとつずつ丁寧に読み、このような制度の実施に関する情報をみつけると、その内容から該当する地方自治体を特定した。そして、書き込みの情報からだけでは地方自治体名が特定できない場合は、その内容からおおまかに都道府県別の地域を定め、各都道府県庁の少子化対策担当部署や母子保健課に問い合わせ、助成金制度や補助金制度を実施している地方自治体の情報を収集した。また、助成金・補助金制度を実施している地方自治体の担当者から、他地域において同様の制度を実施している地方自治体の情報がないかを尋ね、新たに制度を導入している自治体の情報を得た場合もあった。加えて、新聞記者から情報提供を受け、それも利用した。

調査において電話で各地方自治体の担当者に質問した項目は、次のとおりである。

- ①担当部署所名
- ②制度の正式名称
- ③いつから実施されはじめた制度か
- ④制度の対象者の条件
  - ・居住年数に条件はあるか
  - ・婚姻年数に条件はあるか
  - ・不妊治療のための通院期間に条件はあるか
  - ・第1子のみを対象としているか、それとも第2子め以降にも適用されるか
  - ・その他の条件
- ⑤助成額／補助額
  - ・年間の上限
  - ・回数の条件
  - ・年度が変ればまた申請可できるかどうか。
- ⑥申請に必要なもの
  - ・医療明細
  - ・診断書（又は医師の証明書）
  - ・申請書
  - ・公的書類（住民票や戸籍抄本など）
- ⑦助成の対象部分について。保険対象外の部分のみか。または体外受精などの特定の治療に限定しているのか
- ⑧不妊体質改善のために漢方治療や針灸などを

利用した場合、その費用に対しても適用されるか

⑨助成金・補助金の支給の仕方

⑩これまでに何人くらいの夫婦が利用したか

⑪この助成金・補助金制度のほかに何か不妊治療への支援を実施しているか

## (2) 調査結果

調査の結果、2003年2月までに、少なくとも全国に8市13町5村の計26地方自治体が、不妊治療の助成制度を実施していることがわかった。日本全国には数多くの地方自治体があり、特に町や村規模の自治体すべてに問い合わせることは不可能である。したがって、今回の調査を通

して探し当てた地方自治体以外にも、都道府県庁でも把握していない地域で、不妊治療に助成金・補助金を支給する制度を導入しているところがあるかもしれない。しかし、本調査を通してみつけた全国の不妊治療助成制度を導入している地方自治体の利用状況や実施内容をもとによって、不妊治療費助成制度が少子化対策として、どのくらいの有効性を持つのか、概ね推測できるものと思われる。

日本全国の不妊治療に助成金や補助金を支給する制度を導入している地方自治体について、その制度の名称、開始年度、利用組数、調査日、助成・補助額、条件についてまとめたものが、表1である。(表1参照)

表1 不妊治療に助成金・補助金を支給する制度を導入している市町村一覧

県	市町村名	制度の名称	開始年度	利用組数 調査日	金額上限	条件
山形県	温海町	温海町こうのと り支援事業	平成14年度 10月	1組  2003/02/13	不妊治療に要した医療費の自己負担額の3割に相当する額(1000円未満切り捨て)で、15万円を上限として助成する。年度当り1回、通算2回の交付を限度とする。	温海町に住所を有して1年以上経過し、不妊治療を行っている夫婦。2子目以降の不妊であっても申請できる。保険対象外の費用について適用。申請書、領収書を提示。
長野県	松本市	松本市不妊治療 助成事業(こう のとりの支援事 業)	平成13年度 4月1日	13年度 109組 14年度 40組  2003/02/13	不妊治療に要した医療費の自己負担額の5割に当たる額で、8万円を上限として助成する。年度当り1回、通算2回の交付を限度とする。	松本市に住居登録して1年以上経過し、現在不妊治療を受けている人。2002年12月より、2子目以降の不妊であっても申請できるようになった。各医療保険に加入していること。
長野県	岡谷市	岡谷市不妊治療 助成事業	平成13年度 4月1日	13年度 45組 14年度 1ヶ月に 2,3組  2003/08/26	申請年度に要した不妊治療費で、保険診療一部負担金及び保険適用外医療費に対して、5割を助成し、10万円を上限として助成する。	岡谷市内に住居登録して1年以上経過し、各医療保険に加入している人。2子目以降の不妊であっても申請できる。

県	市町村名	制度の名称	開始年度	利用組数 調査日	金額上限	条件
長野県	佐久町	こうのとり支援事業	平成14年度 4月1日	1組  2003/02/13	不妊治療検査及び診療の保険適用外医療のうち、1回10万円を限度とし、年度当り1回、通算2ヵ年まで助成する。	佐久町に3年以上住所を有し、各健康保険に加入していること。現在不妊治療を受けている夫婦で、ともに30歳を越えていることを条件とする。町税を納入している者に限る。
長野県	戸倉町	めぐみ支援補助制度	平成13年度 4月	2組  2002/5/27	申請年度に要した治療費の2分の1で、年度当り10万円を上限とする。毎年申請することができる。	戸倉町に1年以上住所を有し、婚姻後2年以上経過して、子どものいない夫婦。不妊症のために治療が必要な旨の医師の意見書を添えて申請する。
長野県	小布施町	小布施町不妊治療費助成事業	平成14年度 7月	3組  2003/02/13	不妊治療に要した保険適用外の自己負担した額の5割に当たる額で、10万円を上限とする。年度当りに1回申請でき、毎年申請可。	小布施町に住所を有し、不妊治療をしていると医師が認めた者。2子目以降の不妊であっても申請できる。
長野県	青木村	青木村不妊治療費助成給付金事業	平成13年度	1組  2002/09/11	不妊治療に要した治療費の自己負担額のうち、年度当り30万円を上限とする。年度を隔て100万円まで助成金を交付する。	青木村に住所を有している者で、2子目以降の不妊であっても申請できる。保険対象外に全てに適用。証明書、領収書を提示。
愛知県	師勝町	不妊検査費助成事業	平成12年度 4月診療分から	12年度8組 13年度9組  2002/08/30	1回の不妊につき、不妊検査の自己負担分に対し、1万5000円を上限とする。	師勝町に住所を有し、法的な婚姻手続きから2年以上経過している夫婦。妊娠を希望してから2年以上経過していることが条件。2子目以降の不妊検査については、前の出産から2年経過していることを条件とする。検査の対象は、超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、精子検査、クラミジア抗体検査。
愛知県	豊山町	不妊検査補助金交付要綱	平成13年度 4月1日	2組  2002/08/30	1回の不妊につき、不妊検査の自己負担分に対し、2万円を上限とする。	住民台帳に登録している者。2子目以降の不妊についても申請可能。検査の対象は、超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影検査、精子検査、クラミジア抗体検査。

県	市町村名	制度の名称	開始年度	利用組数 調査日	金額上限	条件
石川県	輪島市	子宝支援事業	平成13年度 10月1日	13年度 3組 14年度 4組  2002/02/13	不妊治療に要した 保険適用外の費用 の7割を助成し、 年度70万円を上限 とする。毎年申請 可。	輪島市に住民登録し て1年以上経過し、 戸籍法による夫婦。 2子目以降の不妊で も申請可。医師から 不妊症と診断されて いること。
石川県	川北町	川北町不妊治療 費給与金	平成12年度 4月1日	3組  2002/08/26	申請年度に要した 不妊治療費のうち、 保険適用外で自己 負担部分について 年度当り70万円を 上限とする。毎年 申請可。	川北町に住所を有し、 子どものいない夫婦 が対象となる。
石川県	根上町	不妊治療費支給 条例	平成14年度 4月1日	4組 (10件)  2003/02/14	不妊治療の自己負 担分に関し、一治 療につき15万円を 上限とする。同じ 夫婦が何回治療を うけても支給の対 象となる。	根上町に1年以上住 所を有していること。 2子目以降の不妊で あっても申請できる。
富山県	小矢部市	小矢部市不妊治 療費助成金交付 事業	平成13年度 4月1日	4組  2002/05/27	申請年度に要した 不妊治療費の2分 の1に相当する額 で、50万円を上限 とし、年度当り1 回、通算2ヵ年申 請できる。2年目 については50万円 から初年度に申請 したが差し引かれ た額が助成される。	小矢部市に住民登録 して1年以上経過し、 医療機関に1年以上 継続してかかっている 夫婦。1子目の不 妊のみを対象とする。
富山県	福光町	不妊治療助成費 交付事業	平成14年度 4月1日	0組  2002/08/07	人工授精、体外受 精・胚移植、顕微 授精等にかかった 保険適用外の検査 および診療費につ き、申請年度に要 した額の2分の1 で、年度当り50万 円を上限とする。 2ヵ年申請可。	福光町に1年以上住 所を有していること。 2子目以降の不妊で あっても申請できる。
富山県	上市町	上市町不妊治療 助成に関する条 例	平成14年度 4月1日	6組  2002/08/30	不妊治療にかかる 費用のうち、年度 当り30万円を上限 にして、通算3ヵ 年申請できる。	上市町に住所を持ち、 戸籍上の夫婦である こと。各医療保険に加入 していること。町で 指定している病院（上 市厚生病院、富山医 科薬科大学付属病院、 富山県立中央病院、 富山赤十字病院、済 生会富山病院）で治 療を受けること。医療 費がまとまった段階で 申請書を提出。

県	市町村名	制度の名称	開始年度	利用組数 調査日	金額上限	条件
新潟県	上越市	上越市不妊治療 費助成金交付	平成14年度 4月1日	10組  2002/08/26	不妊治療を行っている者に対し、申請年度に要した不妊治療費の3割に当たる額で、年度当たり8万円を上限とする。2ヵ年申請可。	上越市に住民登録して1年以上経過している者。2子目以降の不妊であっても申請できる。
岐阜県	福岡町	福岡町不妊治療 者医療助成事業	平成10年度 4月1日	15組  2002/08/26	申請年度に要した不妊治療費の2分の1に当たる額で、年度当たり10万円を上限とする。毎年申請可。	福岡町に住所を有し、婚姻して2年以上経過している者。5年以上通院している者は対象外とする。2子目以降の不妊であっても申請できる。
岐阜県	加子母村	不妊治療医療費 助成金 （「加子母村少子 化対策奨励金支 給要綱」の一部）	平成13年度	1組  2002/08/26	申請年度に要した不妊治療費の自己負担額の3分の2に当たる額で、年度当たり15万円を上限とする。毎年申請可。	加子母村での居住年数、婚姻年数、通院の期間についての条件はない。2子目以降の不妊であっても申請できる。医療機関として認められているところで受診する。
三重県	美杉村	美杉村不妊治療 費助成交付金事 業	平成13年度 4月1日	0組  2002/05/27	申請年度に要した不妊治療費の自己負担額の7割に当たる額で、年度当たり70万円を上限とする。毎年申請可。	美杉村に2年以上住所を有し、法的な婚姻手続きから2年以上経過している、子どものいない夫婦。
岡山県	新見市	新見市不妊症対 策支援事業	平成13年度 4月1日 （平成16年3 月31日をも って廃止の 予定）	6組  2002/05/27	体外受精にかかった治療費の3分の1以内の額で、体外受精一回あたり15万円を限度とする。体外受精の回数は年度を問わず、4回限りとし、60万円を上限とする。	治療の対象は体外受精に限定。新見市に住民登録している者で、戸籍法による夫婦であること。岡山県内にある日本産科婦人科学会で体外受精の実施登録施設に登録してある医療機関で実施した場合に限る。第1子のみを対象。
岡山県	湯原町	湯原町不妊症対 策支援事業補助 金	平成14年度 4月1日	1組  2003/02/14	1組の夫婦につき、不妊治療にかかった額のうち10万円を上限として補助される。最初の補助から2年経過しても第1子に恵まれていない場合、再び助成の対象となる。	湯原町に2年以上住所を有し、婚姻して2年以上経過した子どものいない夫婦。

県	市町村名	制度の名称	開始年度	利用組数 調査日	金額上限	条件
岡山県	井原市	井原市不妊治療 助成事業	平成13年度 7月1日	13年度 4組 14年度 10組  2003/02/18	1回の体外受精に 支払った自己負担 額の2分の1に当 る額で、20万円を 上限として助成す る。助成は3ヵ年 度を通して4回ま で申請できる。	井原市に住居登録し、 戸籍法による婚姻関 係にあり、子どもの いない夫婦を対象。 日本産科婦人科学会 の「学会見解に基づ く諸登録施設」で体 外受精を受けた者。
大分県	宇佐市	宇佐市不妊症治 療助成事業	平成14年度 4月1日	10組  2002/08/07	不妊治療に要する 保険適用外の医療 費の2分の1に当 る額で、年度当り 10万円を上限とす る。毎年申請可。	宇佐市に住居登録し て1年以上経過し、 法的な婚姻手続きか ら1年以上経過し、 引き続き不妊治療を 1年以上受けている 者。子どものいない 夫婦。
熊本県	白水村	こうのとり支援 事業	平成12年度 4月1日	1組  2002/08/26	申請年度に要した 不妊治療費の年度 当り10万円を上限 とする。毎年申請 可。	白水村に住所を有し、 法的な婚姻手続きか ら1年以上経過した 子どものいない夫婦。
熊本県	長陽村	こうのとり支援 事業	平成14年度 4月1日	0組  2003/02/12	申請年度に要した 不妊治療費の自己 負担額のうち年度 当り10万円を上限 とする。毎年申請 可。	長陽村に住所を有し、 法的な婚姻手続きか ら1年以上経過した 子どものいない夫婦。 国民健康保険、また は社会保険に加入し ている者に限る。
鹿児島県	長島町	長島町エンゼル 支援事業	平成13年度	13年度1組  2002/05/28	申請年度に要した 不妊治療費の自己 負担額の2分の1 に当る額で、年度 当り50万円を上限 とする。毎年申請 可。	長島町に住所を有し、 法的な婚姻手続きか ら1年以上経過して いる子どものいない 夫婦。

#### ①助成制度・補助制度を開始した時期

26の地方自治体の中でもっとも早くから不妊治療支援のために助成制度を実施しているのは岐阜県の福岡町で、1998年より「不妊治療者医療助成事業」という名称で不妊治療を受けている人に対し助成を開始している。その後、2000年には愛知県師勝町、石川県川北町、熊本県白水村の3自治体がこのような制度を導入しはじめ、2001年には長野県松本市、長野県岡谷市、長野県戸倉町、長野県青木村、愛知県豊山町、石川県輪島市、富山県小矢部市、岐阜県加子母村、三重県美杉村、岡山県新見市、岡山県

井原市、鹿児島県長島町の12自治体が実施に踏み切った。さらに2002年には山形県温海（あつみ）町、長野県佐久町、長野県小布施町、石川県根上町、富山県福光町、富山県上市（かみいち）町、新潟県上越市、岡山県湯原町、大分県宇佐市、熊本県の長陽村の10自治体が制度を実施しはじめている。

このように、不妊治療費の経済的負担の軽減を目的とした制度を導入する地方自治体は、特に2001年度頃から増えていることがわかる。この時期にこうした制度を導入する自治体が増えたのは、旧厚生省が1999年12月に新エンゼルプランを策定し、その中で不妊治療について言及



したことや、2001年度に旧厚生省が推進しはじめた健やか親子21でも、不妊専門相談センターの設置に乗り出すなど、国としての不妊治療支援への取り組みがみられるようになってきたことが、地方自治体にも影響したと推察される。

## ②給付の条件

次に、これら自治体の制度における給付の条件に注目したい。まず給付の対象に、その地方自治体に居住している年数をあげている地方自治体が少なくない。詳細をあげれば、地方自治体に住民登録してから1年以上経過していることを条件にしている自治体が10ヵ所、2年以上経過していることを条件にしている自治体が2ヵ所あった。長野県佐久町に至っては、3年以上、町に住所を置いていることを条件としていた。このように、居住年数に条件を設けているところは、合計13ヵ所であり、今回の調査でわかった自治体の半数にのぼった。

また、婚姻年数に条件を設けているところもある。法的な婚姻手続きから1年以上経過していることを条件にあげている自治体が4ヵ所、2年以上を条件にしている自治体が5ヵ所あった。このように婚姻期間について条件を設ける理由のひとつに、不妊症の定義が関連しているものと考えられる。日本産科婦人科学会の用語委員会（現、教育・用語委員会）の定義によれば、不妊症とは、「生殖年齢の男女が妊娠を希望し、ある一定期間性生活を行っているにもかかわらず、妊娠の成立をみない状態」を指している（吉村1999：2頁）。この一定期間について、日本では2年を目安とし（織田他1981：205頁、杉山1993：309頁）、アメリカ生殖医学会では1年<sup>5</sup>と明確な基準を設けている。結婚後、生殖可能な年齢にある夫婦が避妊をしないで普通に性生活を送った場合の初妊率の統計をみると、結婚後6ヶ月が65%、1年で80%、2年以内で90%が妊娠する（織田他1981：205頁）。このような数値を根拠に、結婚して子どもを望みながらも1年、もしくは2年、妊娠に至らない夫婦を不妊症と解釈した上で、制度の対象にみなす

ものと考えられる。

さらに、給付の対象者を子どものいない夫婦に限定している自治体が10ヵ所あった。不妊症には、夫婦間で過去に一度も妊娠が成立したことのない「原発不妊」と、過去に一回以上、妊娠が成立しているが、最終妊娠のあと、生殖可能な年齢にありながら妊娠しない「続発不妊」の2種類がある（吉村1999：3頁）。後者は俗に「2人め不妊」や「3人め不妊」とも呼ばれているが、給付の対象者を子どものいない夫婦に限定した場合、このような2子め以降の出産を望むために不妊治療を受けようとする夫婦は対象外とされる。

これらの地方自治体のうち、愛知県の師勝町と豊山町は不妊検査に対する助成制度であり、両町とも不妊症の基本検査である超音波検査、ホルモン検査、子宮卵管造影、精子検査、クラミジア抗体検査を受けた場合に助成金や補助金が給付されている。また、給付の対象を、体外受精に限定している自治体や、治療を受ける医療機関を具体的に指定している自治体もあった。

## ③給付額

各地方自治体の給付額は、自治体により大きな差がみられた。給付額の大きい自治体をあげると、長野県の青木村で、年度上限30万円で、年度を隔てて最高100万円まで給付される。石川県輪島市においても、不妊治療に要した不妊治療費の自己負担分の7割で、その上限額を70万円とし、毎年申請することが可能である。また富山県福光町でも給付額が大きく、申請年度に要した治療費自己負担分額の2分の1以内で、年度当たり50万円まで助成し、2年間申請が可能となっている。さらに石川県川北町では、申請年度に要した治療費の自己負担分のうち、年度当たり70万円まで助成され、毎年申請することができる。しかし、16の地方自治体の年度あたりの助成額・補助額は15万円以下であり、助成額がもっとも低いところでは1万5000円であった。

さらに、これらの制度を実施している地域に目を向ければ、長野県が6ヵ所、石川県が3ヵ

所、富山県が3ヵ所、新潟県が1ヵ所というように、特に甲信越、北陸地域において、このような制度を実施する自治体が多いということがわかる。(図2参照)。一方で、首都圏や阪神地域など都市化が発達する地域では、このような制度を導入する自治体がまったくないことも特徴的であった。



図2 不妊治療に助成金・補助金を支給する制度を導入している市町村

#### ④制度の利用状況

さらに、この制度を利用した夫婦の組数についても注目したい。市町村の規模の違いにより、利用数に差が出るのは当然だが、まず市を見てみたい。各市の自治体の担当部署に問い合わせた時期が異なるため、一様にその利用組数を比較することはむずかしいが、もっとも利用組数の多いと思われるのは松本市で、2001年度には109組、2002年度については、2003年2月時点では40組が利用している。岡谷市では2001年度の制度開始から2002年8月までに約60組が利用していた。新潟県上越市と大分県宇佐市はともに2002年度4月から制度を開始しているが、2002年の8月までにともに10組が利用していた。岡山県新見市と富山県小矢部市は、ともに2001年4月に制度を開始しているが、2002年5月末時点で、新見市では6組が利用、小矢部市では4組の利用があった。石川県輪島市では、2001年10月から制度を開始しているが、2001年度には3組、2002年度には4組の利用があった。

また岡山県井原市では、2001年7月1日の制度開始から、2001年度には5組、2002年度については2003年2月時点で4組の利用があった。

しかし、町村規模になると利用数は少なくなる。不妊検査費に対する助成を行っている愛知県師勝町では、2000年には8組、2001年には9組の利用があったが、その他をみると、岐阜県福岡町で1998年から2002年8月までに3年あまりで10組が利用しているという報告も含め、すべての町村規模の地方自治体での利用は、年平均、1組から4組に留まっており、まったく利用のない自治体も2ヵ所あった。

注目すべきはこれらすべてが少子化対策の一環と位置付けて、不妊治療費支援のための事業として制度を実施している点である。少子化対策と位置付けるならば、これらの制度を実施することによって、どのくらいの出生増加が見込まれるのかに着目する必要があるが、それぞれの地方自治体における利用組をみる限りでは、このような制度を取り入れることにより、飛躍的な出生増加を期待することはむずかしいと予想される。

### 3. 2003年度に不妊治療への助成金・補助金制度導入を予定している自治体

2003年度には、新たに富山県と京都府、そして栃木県栃木市がこのような不妊治療への助成金・補助金制度の導入を予定している。県や府という規模の大きな地方自治体で、このような制度を導入するのははじめてであり、注目を集めている。

富山県では、少子化対策の一環として、体外受精を行った夫婦に10万円を助成する制度を創設し、県内の指定医療機関に特定して、2003年度後半から助成金事業の実施を予定している。日本産科婦人科学会の報告によれば、2001年3月31日時点において、富山県で学会見解に基づく諸登録施設として登録している医療機関は7つある(中野2001)。新聞報道によれば、そのうち県立中央病院、富山医薬大学付属病院、富

山赤十字病院、済生会高岡病院での治療成績が上っていると伝えられ<sup>6</sup>、これらの医療機関を中心に制度が実施されるものと予想される。2001年度、県立中央病院、富山医薬大学付属病院、富山赤十字病院、済生会高岡病院においては、180人が体外受精を受け、うち94人が妊娠。50人が出産して71人の子どもが誕生しているという<sup>7</sup>。厚生労働省の人口動態統計によれば、2000年度の富山県の出生数は10,170人であり<sup>8</sup>、これらの数値を見る限りでは、このような助成制度を実施しても、体外受精による出生児が富山県の総出生児に占める割合は、多く見積もっても1%ほどに留まるのではないかと推測される。すなわち、少子化対策の目的である出生数の大きな増加を期待することはむずかしいと推測される。

京都府では、2003年4月1日より、不妊治療費助成制度の実施を予定している。担当である児童保健福祉課の話によれば、詳細については、2003年2月時点ではまだ検討の段階にあるが、京都府内の市町村への補助事業として位置付け、実施を計画しているという。現在、日本の不妊治療の中でも、一部には既に保険が適用されており、例をあげれば卵巣機能不全による無排卵などの排卵障害や、排卵を抑えるホルモンの血中濃度が高くなる高プロラクチン血症、子宮や卵管、精管の異常などは「疾患」として扱われ、検査、投薬、注射、手術などの際に保険が適用される（日本産科婦人科学会2000：126-135頁）。また、不妊検査や子宮内膜症にも保険がきく<sup>9</sup>。京都府では不妊治療の中でもこのように保険が適用される範囲内の治療について、自己負担の2分の1に当る額で、年度額3万円を限度として助成し、毎年申請できるとする方向で検討されている<sup>10</sup>。

栃木県栃木市でも、少子化対策の一環として、2003年4月1日より不妊治療助成制度の実施を予定している<sup>11</sup>。詳細については、まだ検討の段階にあり、2003年3月に詳細が決定する予定である<sup>12</sup>。

厚生労働省でも、少子化対策として不妊治療に対する財政的支援をどのように実施するかを検討している。しかし、富山県や京都府、栃木市のように、国としての動向を待たずに、不妊治療に助成制度を設ける地方自治体は、今後も増加する可能性が高いと予想される。

#### 4. 不妊治療費助成金・補助金支給制度の問題点

不妊治療を受けるために経済的な負担を負っている不妊症患者にとって、このような不妊治療費に対する助成金・補助金制度が実施されていく意義は大きいと想像される。しかし、さまざまな条件があることによって、公平性や地域格差という点に問題が残されている。

例をあげれば、自治体への居住年数が助成金や補助金の給付条件に含まれる場合、転勤の多い夫婦が不妊治療を受ける場合には、対象から外されることもあり、公平性を欠いていると考えられる。また、婚姻期間について言えば、婚姻は戸籍法による婚姻が条件であるため、事実婚のカップルや、事実婚の期間が長くその後法的な婚姻関係となった夫婦は、不妊症であることが明らかであっても制度の対象から外される。また、婚姻してから1年または2年以上経過しているというような条件を設けている場合、婚姻したときの年齢が高く、結婚してすぐに検査を受け、不妊治療の必要性があると診断されても、助成の対象から外されることになる。さらに助成の対象者を「子どものいない夫婦」に限定した場合には、第2子め以降の子どもを望み不妊治療を受ける者はすべて対象外とみなされる。

このような問題点を考慮し、特に少子化対策の一環として、不妊治療費助成制度を実施するのであれば、居住年数や婚姻期間、何子目の子どもについての不妊治療かといったような条件をとりはずし、助成していく必要があると言える。

また助成制度の利用数をみても、全体的に決して多いとは言えない。利用数が伸びない理由

としては、次の4点が考えられる。第1にこのような制度が存在するということを、地域住民が知らないのではないかと言う点である。地方自治体の中には、インターネットのホームページや広報で制度を宣伝したり、地元の産婦人科医が患者に制度の存在を教えるところもある。しかし、町や村のように規模が小さくなると、役場のホームページもなく、町や村に不妊治療を扱う医療機関もないことなどから、その宣伝が十分に行われていない場合も少なくないと想像される。第2に申請の手続きが面倒なことも理由のひとつであると考えられる。当然のことながら、すべての自治体が申請の際に医師の証明や医療明細の提示などを義務づけているが、医療者と不妊患者との関係によっては、不妊患者が申請書類の作成を医療者に要請しにくい場合もあるかもしれない。第3にその地方自治体に居住している期間や婚姻してからの期間、第1子の不妊に限定するなどの条件があることによって、不妊症でありながらも申請の対象となる人が限定されてしまうことも影響していると想像される。第4に、自治体の規模が小さい場合には、役場職員に知り合いなどがおり、不妊であることを知られるのを懸念するあまり、手続きに行くことをためらう場合もあるかもしれない。

地域による格差についても考える必要がある。まず、このような助成制度がまったく設けられていない地域がある。さらに、調査結果で示したように、助成制度があっても居住年数や婚姻期間、第1子めに限定するなどの条件を設け、助成を受けられる対象者となりにくいところもある。また地域によって助成額・補助額にも大きな差がみられ、同じ不妊症であっても、居住した地域によって受けられる助成の内容や額や異なり、地域格差や公平性という問題について考慮しなければならない。

地方自治体によって、制度の宣伝が不十分であったり、手続きが煩雑なこと、またその地域での居住年数や婚姻期間の制限、および第1子

めに限定していること、役場職員など第3者に不妊を知られたくないというようなプライバシーの問題などから、利用する夫婦の数があまり多くないということは、このような制度を実施しても、出生率の回復に大きな効果をもたらすことはあまり期待できないということを意味する。すなわち、形骸的な制度に留まる可能性が高い。

一方、不妊に対し偏見や差別が強い地域では、不妊治療費助成金制度があることによって、家族や親戚を含む周囲の人たちから「不妊治療に助成金も出るのだから治療を受けるべき」というあらたな干渉が生じる可能性もある。このようなことになれば、不妊症の女性や夫婦はさらに、精神的な負担を抱えることになる。

## 5. 結びにかえて

少子化という問題が注目されるようになるまで、社会の不妊に対する関心は極めて低かったといえる。しかし少子化が顕在化しはじめ、ようやく社会一般も、不妊治療を受ける人々や不妊治療支援に関心を持つようになってきた。少子化問題は不妊当事者側から見ても、不妊への理解を深める重要な転機であったといえるかもしれない。また、これを機に不妊治療費の経済的負担などが緩和されるのであれば、少子化対策は、不妊当事者にも多少利益をもたらすという見方も出来る。しかし、こうした利点があるにしても、少子化対策の枠組みの中で、不妊治療費助成制度が実施されるということには問題があると考えられる。

少子化対策の目的は、1999年12月、旧厚生省が中心となって策定した少子化対策推進基本方針<sup>13</sup>の内容をみてもわかるように、建前上は仕事と子育ての両立に係る負担感や子育ての負担感を緩和・除去し、安心して子育てができるような様々な環境整備をすすめることにより、21世紀の日本が家庭や子育てに夢や希望を持つことができる社会にしようというものである。しかし、実際に不妊治療費助成制度を実施してい

る地方自治体は、少子化対策をストレートに「子どもを増やすための対策」ととらえ、不妊当事者ひとりひとりの利益や福祉など個人の生活や人生の質についてまであまり考慮していないように思われる。一方、不妊当事者たちは、行政側のめざす出生数の増加のために、妊娠・出産をしようと考えているわけではなく、行政側と不妊当事者の不妊治療費助成制度に求める意図ははじめから大きく異なっている。

厚生労働省をはじめ、各地の地方自治体においても、不妊治療支援を少子化対策の一貫と位置付け、一人でも多くの子どもが生まれるようにと、出生数の増加を意図している印象が強い。しかし、本調査では、このような制度を実施しても、即効的に出生数増加という効果を期待することはできそうにもないという結果を得た。とはいえ、不妊当事者から不妊治療への経済的支援を求める声は少なくなく<sup>14)</sup>、このような制度の実施が重要な意味を持つことは明らかである。したがって行政機関は、不妊治療費助成制度の実施の目標を出生の増加におくのではなく、不妊の人の産む権利の保護を目的とし、不妊であっても妊娠・出産できる機会の提供を増大させるために、不妊治療支援する姿勢をとるべきではないかと考える。その結果、副次的に不妊であっても出産できる人が増えれば、行政側と不妊当事者の双方にとって望ましい結果を得ることができる。

不妊治療の経済的支援は、不妊当事者の健康面にも利益をもたらすかもしれない。経済的理由で限られた回数しか不妊治療を受けられない場合、成功率を求めるあまり過剰に排卵を誘発したり、一度に多くの受精卵を子宮移植することもある。米国の調査では、不妊治療に保険が適用されている州では、身体への負担を考慮しながら治療をすすめることができ、多胎児の出産件数も少ないという。不妊治療の経済的負担の緩和が不妊当事者の健康や身体面にもよい影響をもたらしていると報告されている (Jain et al. 2002)。

不妊など生殖にかかわる問題はきわめて個人的なことであり、不妊を人口問題と関連する少子化対策にからめて取りあげることを問い直す必要があると考える。不妊治療支援は、国際人権法上の「健康権」に含まれる「自由」の内容にも示されるように「性、生殖に関する自由を含む自己の健康と身体のコントロール権」(井原 2001)に関連する事柄とも考えられ、今後も検討を要する重要な課題であることは間違いない。言い換えれば、不妊当事者の不妊という心身ともに苦しい状況から低下しがちな生活の質 (QOL) を向上させることを制度の目標におくことが望ましい。仮に、少子化対策の中で不妊治療が支援された場合には、不妊当事者に、出生数の増加を求めるあまり周囲から治療の成果が期待されたり、治療は当然というような圧力がかかることも懸念される。しかし、不妊治療を不妊当事者のQOLの向上のために実施するのであれば、不妊治療にかかわるあらゆる選択は社会状況に関係なく個人の問題ととらえられ、周囲からの「少子化だから産むべき」というような重圧も抑制されるだろう。少子化という目的ではなく、不妊当事者のQOLの向上のために不妊治療支援を行い、結果的にこのような支援を受けて子どもを持つ人が増えるならば、それは本当の意味で、その地域の豊かな社会の実現を示しめることになると思われる。

効果的に出生数の増加をねらうならば、むしろ、社会的な理由から出産・育児を断念せざるを得ない人々に注目していく必要があると考える。たとえば、日本の中絶の状況をみると、2000年の出生総数は約119万であったが、これに対し、この年の中絶の実施数は34万1146件であり、出生100に対する中絶数は28.7%となっている<sup>15)</sup>。そしてその理由をみると、既婚女性については「経済的理由」が中絶の一番の理由にあげられており、未婚女性についてみれば、結婚前の妊娠であることを理由にあげている人が50.7%にも達している (木村他 2001)<sup>16)</sup>。日本では非嫡出子は相続の場合なども含め不利な点

が多く、単親で子どもを抱えての就業する場合にも多くの困難が伴う。その結果、独身のまま子どもを持つことを避け、若いカップルが就業との両立の困難を理由に中絶を選択することになる。子どもの育児や教育にかかる経済的負担の軽減をはかり、若い夫婦であっても子どもを産み育てやすい環境を整えたり、非嫡出子の法的な地位を改善し独身でもあって子どもを育てられる環境がつくられ、中絶という選択が少なくなれば、不妊当事者が不妊治療へ経て出産に至る以上に、出生数の増加を期待することができるようになることも推測される。出生を回復させる必要があるならば、法的な婚姻関係にある夫婦から生まれた子どもだけしか認めないというような社会的意識の改革にも取り組み、シングルマザーの支援や、どのような形で生まれてきた子どもであっても、差別や偏見なく社会全体で見守る体制を形成していくことが必要である。

生殖補助医療には限界があり、身体的な問題により妊娠できない場合、不妊当事者がどんなに出産をのぞんでも、即出産に結びつかないこともある。したがって、少子化打開という社会の期待を担いながらの不妊治療は、不妊当事者に新たな負担を課す可能性をはらんでいる。このようなことも考慮すれば、少子化対策の中で不妊当事者に出産を期待することは避けるほうが望ましい。少子化対策はなお一層すすめられると推測されるが、現在議論されている不妊治療への保険適用の動きなどもみながら、不妊治療への支援のあり方を今後も注意深く見ていく必要がある。

#### 付録：地方自治体の問い合わせ一覧

##### 山形県温海町

温海町役場 福祉課 保健指導係  
0235-43-4613

##### 長野県松本市

松本市役所 保健福祉部 健康課

0263-34-3217

##### 長野県岡谷市

岡谷市役所 保健福祉部健康推進課  
0266-23-6141

##### 長野県佐久町

佐久町役場 町民福祉課 0267-86-2525

##### 長野県戸倉町

戸倉町保健センター 026-276-1717

##### 長野県小布施町

小布施町 社会福祉課 026-247-3111

##### 長野県青木村

青木村役場 0268-49-0111

##### 愛知県師勝町

師勝町保健センター 0568-23-6111

##### 愛知県豊山町

豊山町保健センター 0568-28-0001

##### 石川県輪島市

輪島市役所 長寿保健課 国保係  
0768-23-1136

##### 石川県川北町

川北町役場 076-277-1111

##### 石川県根上町

根上町保健相談センター 0761-55-4700

##### 富山県小矢部市

小矢部市役所 民生部 健康福祉課  
0766-67-8605

##### 富山県福光町

福光町役場 健康福祉課 0763-52-1111  
(健康増進センター) (内線7412)

##### 富山県上市町

上市町保健センター 076-473-9355

##### 新潟県上越市

上越市役所 こども福祉課母子保健係  
025-256-5111 (内線161～163)

##### 岐阜県福岡町

福岡町役場 0573-72-2111

##### 岐阜県加子母村

加子母村役場 住民課 0573-79-2111

##### 三重県美杉村

美杉村役場 保健福祉課 059-272-8080

##### 岡山県新見市

新見市役所 健康福祉課健康増進係	0867-72-6129
岡山県湯原町	
湯原町役場	0867-62-7111
岡山県井原市	
井原市保健センター	0866-62-8224
大分県宇佐市	
宇佐市役所 保健予防課 予防係	0978-32-1111
熊本県白水村	
白水村役場	09676-2-9111
熊本県長陽村	
長陽村役場 民生課	0967-67-1111
鹿児島県長島町	
長島町役場 保健衛生課	0996-88-5511

- <sup>1</sup> 下野新聞 (2002. 12. 06) 「不妊治療に助成制度 栃木市 少子化対策の切り札」。富山新聞 (2003. 02. 05) 「県が不妊治療に助成 新年度から少子化対策で 全国初1人10万円」。
- <sup>2</sup> 朝日新聞 (2002. 07. 14) 「「不妊治療に公的支援」厚労相表明 少子化対策に盛る意向」。
- <sup>3</sup> 毎日新聞 (2002. 06. 01) 「人工授精や体外受精 保険適用の方針 厚労相」。<sup>『週刊社会保障』</sup>(2002. 7. 22) No. 2194、社会保険法規研究会、6-9頁。毎日新聞 (2002. 07. 14) 「不妊治療に公的支援」厚労相「少子化対策の一環」産業経済新聞 (2002. 11. 02) 「不妊治療に保険適用 28万人対象 厚労相明言実現、16年度以降に」。
- <sup>4</sup> <http://www.kugimiyaban.org/koserodo13.htm>
- <sup>5</sup> <http://www.arsm.org/patients/fags.html#Q1>
- <sup>6</sup> 北日本新聞 (2003. 02. 05) 「体外受精の夫婦に10万円 不妊治療に助成制度」。
- <sup>7</sup> 北日本新聞 (2003. 02. 05) 同上。
- <sup>8</sup> <http://www.pref.toyama.jp/sections/1015/ecm/back/2002jan/shihyo/>
- <sup>9</sup> 毎日新聞 (2002. 08. 24) 「不妊治療の公的支援 厚労相発言をめぐって」。

- <sup>10</sup> 2003年2月13日 京都府庁 保健福祉部児童保健福祉課 母子保健係 (075-414-4581) の担当者から電話にて情報を入手。
- <sup>11</sup> 下野新聞 (2002. 12. 06) 前掲。
- <sup>12</sup> 2003年2月13日、栃木市役所 保健年金課医療給付係(0282-22-3535)に問い合わせ、情報を入手。
- <sup>13</sup> <http://www1.mhlw.go.jp/topics/shousika/tp0816-2.html>
- <sup>14</sup> 毎日新聞 (2002. 08. 24) 「不妊治療の公的支援 厚労相発言をめぐって」  
<http://www.yy-web.net/~popoken/syomei/Osyomei.htm>
- <sup>15</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 (2002) 『2001/2002人口の動向 日本と世界 人口統計資料集』、財団法人統計協会。
- <sup>16</sup> 中絶件数構成割合をみると、中絶全体のうち20歳未満が13%、20～24歳が24.2%、25～29歳が21.3%、30～34歳が18.1%、34～39歳が15.6%、そして、40歳代が7.8%となっている(厚生労働省大臣官房統計情報部2001:13頁)。三楽病院産婦人科では1985年1月から1998年3月までの13年3ヶ月の間にこの病院にて中絶を希望した619名に対して中絶についての意識調査を行い、その結果をみると、既婚女性の中絶の理由は「産みたくない」、「健康上の理由」、「職業上の理由」、「避妊の失敗」に続き、「経済的理由」があげられている。特に20歳代の既婚女性は、「経済的理由」を中絶の一番の理由にあげている。

## 参考文献

- 井原辰雄(2001)「「健康権」と「患者の自己決定権」についての一試論—国際人権法の視点から—」、『週間社会保障』2165、54-57頁。
- 織田敏次、安部裕、中川昌一、滝島任、堀内淑彦(1981)『妊娠と分娩』、永井書店。
- 木村好秀、菅陸雄(2001)「人工妊娠中絶実施者に関する社会医学的研究—第1報：13年3ヶ

- 月間における実態とその背景一」、『母性衛生』42(2)、368-375頁。
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2001)『母体保護統計報告』、厚生統計協会。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2002)『2001/2002人口の動向 日本と世界ー人口統計資料集』、厚生統計協会。
- 坂元正一(1999)「少子化に対する医療・保健的対応」、『日医雑誌』122(2)、234-236頁。
- 杉山陽一(1993)『婦人科学第9版』、MINOR TEXTBOOK。
- 高山憲之(2000)「シンポジウム 人口問題を考える 少子化対策に「第3の柱」を」、『日医雑誌』123(10)、1561-1564頁。
- 都竹理(2000)「少子化と不妊治療 不妊治療は少子化解消の最良の決め手となる」、『産婦人科治療』81(4)、444-451頁。
- 友田豊(1994)「平成5年度 診療・研究に関する倫理委員会報告(平成4年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績)」、『日本産科婦人科学会雑誌』46(9)、929-933頁。
- 中野仁雄(2001)「平成12年度倫理委員会登録・調査小委員会報告(平成11年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成13年3月における登録施設名)」、『日本産科婦人科学会雑誌』53(8)、1462-1493頁。
- 日本産科婦人科学会編(2000)『産婦人科医のための社会保険ABC』、メジカルビュー社。
- 吉村泰典編(1999)『不妊治療プラクティス』、中外医学社。
- Jain, Tauran, Bernard L. Harlow and Mar D. Hornstein (2002), "Insurance Coverage And Outcomes of In Vitro Fertilization," *New England Journal of Medicine*, 347(9), pp.661-666.
- [2003年5月19日受理]



Countermeasures to The Falling Birthrate  
and Subsidies for Infertility Treatments  
An Investigation into Subsidies Implemented by Local Governments in Japan

Yukari Semba\*

Abstract

Recently, the Ministry of Health, Labor and Welfare as well as local governments in Japan have begun to consider measures to reduce the financial burden that accompanies infertility treatments as part of Japan's larger effort to halt the declining birthrate. Some local governments have already begun to provide subsidies to those undertaking infertility treatments. The degree to which such subsidies have been implemented on a national basis, however, has not been well studied.

In the present study, local governments offering subsidies for infertility treatments are identified and the nature of their support are analyzed. It was found that 26 local governments in Japan (including 8 cities, 13 towns, and 5 villages) had begun to subsidize infertility treatments as of February, 2003, and that 3 more local governments were planning to do so during or after April of that year. There was a regional bias that most local governments offering such support were located in the Koshin'etsu and Hokuriku regions of Japan. (Six were located in Nagano Prefecture, 3 in Ishikawa Prefecture, 3 in Toyama Prefecture, and 1 in Niigata Prefecture.) Regarding eligibility for subsidies, most local governments had criteria based on length of local residence or duration of marriage; many also restricted subsidies to childless couples. The amount of subsidy varied widely among local governments, from as little as 15,000 yen to as much as 700,000 yen per year per couple. It was also found that the number of couples taking advantage of these subsidies varied according to size of the government unit; in some cities, a fair number of couples received support, but in most towns and villages only two or three couples (and in some cases none) took advantage of the system. Finally, all local governments that had implemented subsidies for infertility treatments explicitly viewed such support as part of their strategy to halt the decline in Japanese birthrates.

**keywords:** subsidies for infertility treatments, local governments, countermeasures to the falling birthrate.

---

\*Graduate School of Human Sciences, Waseda University  
(Advanced Research Center for Human Sciences, Waseda University)